



La Violencia Obstétrica

TRABAJO FIN DE GRADO

REVISIÓN NARRATIVA

Autora: Paula de la Fuente Martín.

Tutora: Dra. M^a Carmen Sellán Soto.

Grado en Enfermería.

Curso académico: 2017-2018.

Resumen

INTRODUCCIÓN: la violencia obstétrica, como violencia de género simbólica e institucional, afecta a la salud de las mujeres y los profesionales de la salud han de ser conscientes de su existencia y poner los medios necesarios para erradicarla.

OBJETIVO: Analizar la violencia obstétrica desde el género, salud, biopoder y marco legal. **MÉTODO:** Revisión narrativa mediante la búsqueda en las bases de datos

Cinahl, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Scielo, Medline, Psyqueinfo y Cochrane library combinando mediante los operadores booleanos <AND> y <OR>. Se limitó la búsqueda a los últimos diez años y se aceptaron artículos en inglés y en español. **RESULTADOS:**

se analizaron un total de 25 artículos mediante 4 unidades de análisis: la violencia obstétrica a partir de las vivencias de las mujeres, a partir de la perspectiva y conocimiento de los profesionales, como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres y prevalencia en el marco actual. **CONCLUSIONES:** La totalidad de los estudios muestran la disconformidad de las mujeres en la atención al parto y la posterior afectación a su salud. Para combatir esta violencia se sugiere la visibilización, porque su peligrosidad radica en la normalización y aceptación de esta a través del discurso patriarcal arraigado en la mente humana, el conocimiento de las mujeres acerca de sus derechos junto al apoyo legislativo e institucional y la concienciación de profesionales para conseguir un trato humanizado. Dado que los estudios son de carácter cualitativo y están realizados en el contexto latinoamericano no es posible generalizar los resultados a España.

Abstract

INTRODUCTION: Obstetric violence, as symbolic and institutional violence, affects the health of women and health professionals must be aware of their existence and put the necessary means to eradicate it. **OBJECTIVE:** To analyze obstetric violence from biopower, health, point of view as well as in the legal framework. **METHODS:** Narrative review by searching in Cinahl, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Scielo, Medline, Psycinfo y Cochrane library databases, combined with <AND> and <OR> Boolean operators. The search was limited to the last ten years, and articles in English and in Spanish were accepted. **RESULTS:** a total of 25 articles were analyzed, using four points of view: obstetric violence based on experiences of women, based on point of view and knowledge of professionals, as a control mechanism for women's sexuality, and its prevalence in the current framework. **CONCLUSIONS:** The entirety of studies show women's discontent regarding the attention received during childbirth, as well as the fact that this later affects their health. To combat this type of violence is suggested to increase this problem's visibility, since its main danger resides in these practices being accepted through a deeply-rooted patriarchal mindset in the human brain, to increase women's knowledge in their rights, along with legislative and institutional support and the awareness of professionals to achieve more humanized attention and care during childbirth. Since the studies are qualitative and are conducted in a Latin-American socio-political framework, it is not possible to generalize these results to Spanish context.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Material y métodos.....	14
3. Resultados violencia obstétrica.....	17
3.1 A partir de las vivencias de las mujeres.....	17
3.2 A partir de la perspectiva y conocimiento de los profesionales.....	20
3.3 Como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres.....	21
3.4 Prevalencia en el marco actual.....	23
4. Discusión.....	26
5. Conclusiones.....	29
5. Agradecimientos.....	31
6. Referencias bibliográficas.....	32
7. Anexos.....	38

1. Introducción

Para contextualizar las páginas que engloban esta revisión narrativa sobre la violencia obstétrica, es necesario categorizar y definir los principales conceptos que la engloban. En primer lugar, la obstetricia es *“la parte de la medicina que abarca la gestación el parto y el puerperio”* (Real Academia de la Lengua Española [RAE], 2018).

La violencia queda definida como *“el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Además, en el *Informe Mundial sobre la violencia y la salud* (2002), la OMS esclarece los tipos de violencia y la describe como un problema de salud pública y recomienda planes de acción para prevenir la violencia haciendo un llamamiento a las instituciones sanitarias en la prevención primaria y promoción de la igualdad social y de sexos mediante la acción educativa y política.

Por tanto, dado que es una violencia ejercida hacia las mujeres que se asienta en las bases de un sistema sociocultural patriarcal no podemos entenderla sin analizarla desde una perspectiva de género. En el artículo 1 de la Declaración de las Naciones Unidas de 1993 se define la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*. (p. 1)

Algunos autores, entre ellos Varela (2005), entienden el género como la construcción sociocultural que realiza una distinción entre los comportamientos, expectativas y roles propios de los hombres y las mujeres. A través de la educación, la institución y el lenguaje aprendemos a diferenciar entre lo “masculino” y lo “femenino”. El patriarcado es el sistema político y social sobre el que se asienta la jerarquización de lo masculino sobre lo femenino, ocasionando las desigualdades de género, disparidad del acceso a posibilidades sociales, y por tanto, a las desigualdades en salud.

La desigualdad de género en salud implicaría que el género subordinado no tiene el mismo acceso ni posibilidades en este campo. Hace más de cincuenta años, la OMS declaró la salud como un derecho humano, universal, indivisible e independiente

(Constitución de la OMS, 1946). Por tanto, tal y como menciona Quevedo (2012) cualquier violencia ejercida contra la mujer estaría violando este derecho y se consideraría un problema a nivel Estatal y suponiendo un problema de Salud Pública.

La violencia obstétrica ha sido definida por Arguedas (2014) como «el conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio». (p. 146)

Autores como Quevedo (2012) y García (2014) hacen una división entre violencia obstétrica física y psicológica. La física engloba tanto la alteración de los ritmos del parto como la administración de medicación y las prácticas por parte del personal sanitario no justificadas, y violencia psicológica comprende las humillaciones, desvalorización, discriminación, omisión de información y todas aquellas prácticas que opriman a la mujer y no la sitúen como protagonista activa en la toma de decisiones y en su trabajo de parto.

Es una violencia que debe ser analizada desde la interseccionalidad de las desigualdades ya que existen relaciones de poder en cuanto al género y en cuanto a la relación médico-paciente, ejercido a través del saber y el lenguaje de la ciencia dejando a la mujer en una posición de desconocimiento e indefensión. En la relación médico-paciente se produce la infantilización de la paciente ya que no es tratada como un interlocutor válido ni se la hace partícipe de las acciones sanitarias sobre su cuerpo.

Diversos autores (Rodríguez y Aguilera, 2017; Vieira da Silva et al., 2016; Mitrano Perazzini de Sá et al., 2017) asumen que también es un tipo de violencia simbólica, ya que está tan extendida y normalizada que es difícilmente reconocida tanto por los profesionales de salud como por las mujeres, y de violencia institucional ya que ocurre en el seno de las instituciones públicas.

La violencia obstétrica como violación de los derechos de la mujer y problema de Salud Pública, es un tema que acontece a las instituciones que sin duda deberían estudiar, analizar y poner los medios necesarios para su erradicación.

Ante esta problemática y la imperante necesidad de respuestas y soluciones a lo largo de los años se ha ido indagando en la cuestión de la sexualidad y reproducción en la mujer consiguiendo paulatinamente la concesión de distintos derechos en una dura batalla

hacia la igualdad. Entre numerosos ejemplos encontramos: La Declaración sobre la Protección de la Mujer y el Niño en estados de emergencia o de conflicto armado (1974), La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), El Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1999).

Según Galdós (2013) en La Conferencia del Cairo en 1994 se define la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres como “*capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia*” (p. 457) y no solo como ausencia de enfermedad. Para Rodríguez (2018) este derecho implica la cesión de poder y autonomía a las mujeres lo que supone un paso más en el recorrido del empoderamiento de estas sobre su cuerpo y su salud ya que entre los derechos generales que se recogen se encuentran: a la privacidad, libertad, no discriminación, vida sin violencia e información.

En 1985 la OMS publicó *Appropriate technologies for birth* donde se ponen de manifiesto las tecnologías y procedimientos apropiados durante el parto. Matute (2006) describe una recopilación de las principales recomendaciones entre las que se encuentran:

- *“Informar a la mujer para que decida el tipo de atención que prefiera.*
- *Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo del parto.*
- *Fomentar el acompañamiento de la matrona, promover su privacidad y dignidad.*
- *No está indicado el enema o rasurado.*
- *Evitar la posición de litotomía (acostada boca arriba) y fomentar la libre decisión de la posición durante el parto.*
- *La episiotomía rutinaria no está justificada.*
- *No inducción de parto por conveniencia.*
- *Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto que no se requieren específicamente.*
- *Limitar las cesáreas a lo estrictamente necesario, un 10-15%*
- *Promover el contacto piel con piel del neonato sano con la madre no separándolos tras el parto y fomentar el amamantamiento.*

- *Para ello es necesario la transformación de las actitudes del personal y la redistribución de recursos humanos y materiales”(p. 535-536).*

En 1996 la OMS publica “*Care in Normal Birth. A practical guide*” donde enuncia las prácticas que deben ser alentadas, cuales deben eliminarse y cuales se usan con frecuencia inapropiadamente en la atención a un parto normal.

Posteriormente, la OMS enunció los diez principios que debían ser seguidos para el cuidado perinatal y entre los puntos más importantes los autores Chalmers, Mangiaterra y Porter (2001) destacan:

“aplicar la menor medicalización e intervención posible, utilizar una tecnología apropiada y evitar la complejidad de procedimientos cuando se pueden aplicar otros más simples, basado en la evidencia, multidisciplinario (parteras, obstetras, educadores de parto y maternidad, neonatólogos) ser integral y asegurar las necesidades emocionales de la madre, el niño, la pareja y que el cuidar y respetar su dignidad y privacidad o esté centrado en estos, tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres” (p. 203).

En 2007 Venezuela incluye en su legislación la violencia obstétrica como forma de violencia hacia las mujeres y la define como “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres" (*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia G. O. (38668 de 23 /4/2007), 2007).*

En el artículo 51 de esta ley se definen los actos que constituyen violencia obstétrica ejercidos por el personal de salud:

1. *“No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.*
2. *Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.*

3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña a su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (p. 18)

Posteriormente, en 2009 en Argentina y en 2014 en México se aprobaron las leyes para incluir la violencia obstétrica dentro del código penal. Entre estas leyes destacan la Ley de Protección Integral para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que se desarrollen sus Relaciones Interpersonales(2009) y la Ley nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento (2004) que en su 2º artículo recoge que la mujer tiene derecho a:

“ser considerada como persona sana respecto al proceso de nacimiento para poder ser considerada protagonista de su propio parto, tener un parto natural y respetuoso evitando prácticas y medicación no justificada, ser informada y hacerla partícipe de las acciones sanitarias, elegir una persona para que la acompañe durante todo el proceso, tener al recién nacido al lado si no requiere cuidados especiales”(p. 1)

En 2010 se publica “*European perinatal Health report*”que muestra la variabilidad en la atención al parto en los diferentes países de Europa. Las cesáreas varían de un 15% en países nórdicos a un 25% en España y 52 en Chipre%, en las episiotomías España es el octavo país con mayores tasas de los 29 que recoge el informe con un 43% y los partos instrumentales alcanzan el 15% en nuestro país mientras que en Letonia o Lituana son menos de un 5%. En muchos casos los países con menos tasas de mortalidad perinatal y neonatal, como los países nórdicos, coinciden con las menores tasas de intervencionismo obstétrico. Además, los diferentes organismos sanitarios recomiendan unas tasas bastante menores de intervencionismo por lo que este no está justificado en base a la evidencia científica.

Posteriormente, en 2015 la OMS publica las *Recomendaciones para la conducción del trabajo de parto*, donde se recogen las indicaciones de intervención, protocolos, rutinas innecesarias y correcta práctica clínica abogando así por los derechos de los recién nacidos y las madres, para tratar de fomentar su autoestima y empoderamiento durante el embarazo y el parto.

Al contrario que en países de América Latina, desgraciadamente, en España la violencia obstétrica carece de un marco teórico legal específico sobre el que sustentar el análisis y erradicación del problema. Es evidente el retraso respecto a otros países en cuanto a la visibilización de este tipo de violencia y la pedagogía llevada a cabo con el personal sanitario y con las mujeres para conocer sus derechos y las múltiples opciones para llevar a cabo su parto.

A pesar de no existir legislación específica vigente acerca de la violencia obstétrica si existen leyes en contra de los mecanismos que dan lugar a esta práctica. El artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos enuncia que “*el paciente tiene derecho a la información para que sus decisiones acerca de su salud sean libres e informadas*” (p. 6) y la Ley 3/2001 de 28 de mayo establece que “*la autonomía del paciente debe ser reconocida a través de su consentimiento informado antes de casa intervención médica*” (p. 3). La trasgresión de estas leyes es evidente en el contexto que abordamos, quedando obsoleto los derechos de parturientas sometidas al paternalismo médico.

Para proporcionar una adecuada atención física y biopsicosocial surge el concepto de humanización de los cuidados. Arias de Ospina (2007) enuncia que la OMS define a la Humanización como “*Un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida*”(p.1)y fomenta este cuidado bajo el lema “*Trato humanizado a la persona sana y enferma*”(p.1).

Según Corral (2008) “*el personal de salud que atiende a la madre y a su hijo debe asumir una alta responsabilidad que implica sus acciones, sus omisiones y su actitud humanizada en este proceso. La madre y su hijo son seres holísticos, con percepciones y sensaciones estrictamente individuales*”(p. 48). Además, según enuncia esta autora, en 2003 la Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y nacimiento RELACAHUPAN enunció los diferentes pasos a seguir.

Para una visión holística del tema que acontece es tan importante conocer el ya definido marco conceptual y legal como el recorrido histórico para así poder analizar los cambios ocurridos hasta que se consiguió definir y encuadrar el problema.

Para Fajardo (2013) el origen de las matronas es paralelo a la civilización ya que nació en la prehistoria desde que la primera mujer acompañó y ayudó a otra durante el parto. Este autor explica que con el establecimiento de la organización social las mujeres de la tribu y posteriormente de la familia serían ellas mismas quienes ayudarían a las mujeres en el parto, pasando a desempeñar el papel de comadronas experimentadas, que gozarían de gran prestigio y transmitirían sus conocimientos entre mujeres de generación en generación excluyendo a los hombres de esta esfera durante los 10.000 años siguientes.

Tal y como argumenta García (2014) en la transición del feudalismo al capitalismo se demonizó el saber de las comadronas (fertilidad, antinatalismo, métodos anticonceptivos, reproducción) y se originó la denominada caza de brujas que supondría la apropiación del trabajo y cuerpo femenino colocando su poder sexual y reproductivo bajo el control del Estado e iniciando así la división sexual del trabajo otorgando a las mujeres exclusivamente el trabajo reproductivo. El sistema capitalista y patriarcal reduciría a la mujer a un útero con capacidad de crear vida y por tanto fuerza de trabajo.

Según Giberti et al. (1992) en el siglo XVIII los cirujanos desplazan a las comadronas y la obstetricia es concebida como ciencia ejercida solo por varones. Algunos autores como Camaraco (2009) y Bellón (2015) argumentan como las mujeres se ven desposeídas de su propio cuerpo ya que este pasa a ser meramente el “objeto de trabajo” de los obstetras, suponiendo un punto de inflexión deshumanizador en los cuidados de este campo. Las mujeres fueron desplazadas de la ciencia, dominada por los hombres que poseen en conocimiento intelectual legitimado. Estos autores afirman que el nacimiento de la obstetricia desplaza los partos del hogar al hospital y de lo natural a lo patológico.

Según Bellón(2015) enunciando la definición de Foucault “el bio-poder es un mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a las multitudes” (pp. 49). Camaraco (2013) afirma que la medicina a lo largo de la historia ha ganado un intocable estatus dado su origen como ciencia oficial y es una de las instituciones de más influencia en la sociedad gozando de impunidad ante la evaluación

de sus prácticas o aprendizajes por lo que no supone una sorpresa la normalización que existe de la tecnificación y medicalización de los partos para maximizar la efectividad de estos, facilitar la tarea al profesional y economizar la reproducción.

Así, según Arguedas (2014) debido al control sobre los cuerpos reproductores como fuerza de trabajo y el disciplinamiento que los hace dóciles sumado a la concepción patriarcal de la maternidad como único elemento de valoración social de lo femenino es entendible que las mujeres sean especialmente vulnerables en el proceso del parto debido a la carga simbólica que recae sobre este proceso fisiológico. Los autores Giberti et al. (1992) enuncian que Foucault se refiere al siglo XVII para señalar la represión sexual sobre la mujer asociada a la valoración de esta como reproductora

Según Giberti et al. (1992) la medicina ha conseguido patologizar y el cuerpo y la sexualidad de las mujeres para conseguir un control y dominación sobre estos arrebatándolas el poder de decisión sobre sus cuerpos. Giberti et al. (1992) refieren que desde la antigüedad la menstruación era símbolo de impureza y hoy en día es fácilmente asociable con dolor y cambios de humor. Platón y Aristóteles enunciaron la teoría de los úteros migratorios (centrando en este todos los males posibles) que apoyada por el discurso médico hacían el perfecto caldo de cultivo para aportar “palabra científica” al testimonio de la inferioridad de las mujeres, que se arrastraría a lo largo de toda la historia. García (2014) señala que el orgasmo femenino es considerado impuro en algunas culturas. Además explica que el cuerpo de la mujer es un mero receptor del espermatozoide para la concepción considerando el placer sexual de esta al margen del proceso, hasta tales extremos como la ablación del clítoris. Esta autora también argumenta acerca de la medicalización y patologización de la menopausia, siendo un ciclo natural en la vida de las mujeres, con la que las empresas farmacéuticas se lucran a pesar de estar científicamente demostrado los perjuicios que en estas producen, por ejemplo el tratamiento con estrógenos aumenta el riesgo de cáncer de mama. De esta manera, la simbología de su sexualidad queda denotada como misteriosa, sumisa y algo negativo que tiene que ser curado.

Debido a la patologización del cuerpo de la mujer se ha llevado a cabo una excesiva medicalización y tecnificación en el embarazo y parto despojando a las mujeres de su propio cuerpo, visto como algo extraño y ajeno, para ponerlo en manos de la medicina. Este fenómeno es que algunos autores como Kitzinger (2006) denominan “violación en el nacimiento” y muestran como las mujeres usan metáforas de violación para describir

sus partos alegando estar totalmente fuera de control, que nadie cuidaba de ellas o sentirse violadas.

García (2014) clasifica y explica los diferentes ejemplos de la excesiva medicalización y tecnificación en el embarazo y el parto de la siguiente manera:

“Enemas: bajo la falsa creencia de que estimulan las contracciones uterinas, ayudan a descender al feto y reducen la contaminación. Los enemas son molestos y pueden ser causa de lesión intestinal.

Rasurado perineal: a pesar de estar científicamente demostrado que no disminuye el riesgo de infección sigue siendo utilizado en la práctica con el pretexto de facilitar la sutura de desgarros o episiotomías o reducir la infección

Venoclisis: técnica invasiva realizada rutinariamente cuando ingresa la parturienta, permitiendo una continua administración de líquidos y fármacos, a pesar de que en la Estrategia de Atención al Parto normal está indicada exclusivamente ante la necesidad de medicamentos, no debiendo colocarse antes de este momento. La vía disminuye la comodidad y capacidad de movimiento de la mujer y permite la administración de fármacos sin su conocimiento.

Ingesta de alimentos y líquidos: prohibición durante todo el trabajo de parto, sustituyéndolos por vía intravenosa) por miedo a aspiración del contenido gástrico si es necesario utilizar anestesia general, sin embargo, la morbilidad materna por esta causa es de 7/10.000.000. Es un proceso en el que la mujer claramente necesita energía.

Tactos vaginales: introducción del dedo corazón e índice en la vagina de la mujer para saber si el útero está bien cerrado y el grado de dilatación. El día del parto se realizan numerosas veces a pesar de ser un riesgo de infección, dolorosos, violar la intimidad de la mujer y sin el consentimiento de estas y en ocasiones para enseñar a las alumnas. Cada mujer necesita un tiempo específico para dilatar y mientras no exista malestar fetal no hay motivo para intervenir en la dilatación.

Oxitocina: es una hormona que la mujer sintetiza de manera natural, sin embargo, se administra rutinariamente para ayudar a dilatar y conseguir acelerar el trabajo de parto, aumentando la frecuencia e intensidad de las contracciones. No respeta la individualidad en los ritmos de cada mujer, ni se

informa o se consulta sobre su administración, y a veces supone mayor beneficio para los profesionales que para estas. La OMS dice que el uso de oxitocina discrecional no se deduce beneficiosa para la madre o el bebé.

Amniorrexis artificial: aumenta el riesgo de infección. En la Estrategia al Parto Normal no se recomienda hacerlo de manera rutinaria en parto vaginal que progresa adecuadamente y la OMS no lo recomienda a no ser que haya una detención de cuatro horas. Está justificada ante pérdida de bienestar fetal y necesidad de conocer el pH fetal.

Falta de intimidad: si una mujer siente miedo durante el parto segrega adrenalina, lo contrario a la oxitocina, y se detiene el proceso.

Posición de litotomía: debido a la poca movilidad por las perfusiones intravenosas, la continua monitorización o exploración y la epidural la única posibilidad de posición queda reducida a decúbito supino.

Episiotomía: corte en el periné supuestamente para evitar desgarros. En cuanto a la cicatrización y curación la autora señala que suele ser mejor en un desgarro natural en el expulsivo (que suele afectar solo a piel) que en las episiotomías que pueden llegar a afectar el músculo y son más lentas y dolorosas e incluso provocar incontinencia urinaria o fecal y dolor en las relaciones sexuales.

En algunos hospitales de España se siguen realizando por protocolo, a pesar de que la cifra ha bajado de un 90 a un 47% seguimos lejos de la recomendación de la OMS (no más del 15%)

La maniobra de Kristeller: apretar fuertemente en el abdomen de la mujer durante el expulsivo para ejercer presión sobre el fondo uterino y conseguir aumentar la presión abdominal con la finalidad de ayudar al bebé a bajar. Está desaconsejada por la OMS y en las recomendaciones de 2007 de la Sociedad Española y Ginecología ya que puede causar hematomas, dolor en inserciones musculares, fractura de costillas, desgarros, hemorragia grave y hasta rotura de útero en la madre y traumatismos, hipoxia y lesiones en el plexo braquial al bebé.

Cesáreas innecesarias: operación de cirugía mayor que consiste en una incisión en el abdomen y el útero para extraer al bebé. A pesar de que la OMS recomienda entre un 10 y 15% de cesáreas las cifras en España son alarmantes. Se ha convertido en una rutina (uno de cada cinco niños) cuando solo está

indicado en casos excepcionales (placenta previa, prolapso de cordón, posición transversa del feto, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, sufrimiento fetal confirmado, desproporción pélvica, etc).

La cesárea tiene una recuperación más lenta y numerosas complicaciones (lesión de vejiga o útero, hemorragias, infección, parálisis intestinal, dolor pélvico y en la cicatrización, aumenta el riesgo de infertilidad, abortos espontáneos y rotura uterina). Aumenta la probabilidad de depresión post parto debido a la sensación de las mujeres de haber fallado. Además para el bebé es beneficioso para el sistema inmune del bebé pasar por el canal del parto y arrastrar las bacterias vaginales de la madre.

Parto instrumental: para extraer al neonato se pueden utilizar instrumentos como el fórceps (se tira de la cabeza del feto con dos palas articuladas), ventosa (se tira de la cabeza del feto mediante una campana que hace vacío) y espátulas (se abre el canal del parto mediante dos palas sin articular entre sí). A veces no serían necesarios si las mujeres tuvieran libertad de movimientos. Pueden causar desgarros, hematomas y dolor en la madre y hematomas y laceraciones y lesiones craneoencefálicas en el neonato”(pp.41-49).

Acerca de los enemas autores como Reveiz, Gaitán y Cuervo (2013) señalan que el uso del enema no tiene efecto significativo en las tasas de infección materna o neonatal y en la satisfacción de las mujeres.

Respecto a la ingesta de alimentos y líquidos Barbosa et al. (2011) explican que la excesiva aportación de glucosa IV puede aumentar los niveles de insulina materna, aumentando la glucemia fetal y pudiendo llegar al hiperinsulinismo. Estos autores además explican que muchas mujeres reducen naturalmente la ingesta de alimentos cuando las contracciones se vuelven más intensas, por lo que las mujeres deberían tener autonomía para decidir si quieren o no continuar alimentándose o ingerir líquidos durante el parto.

Autores como Odent (2009) exageran la importancia de la oxitocina natural ya que colabora en creación del vínculo madre-hijo y si se administra de manera sintética se inhibe la síntesis materna. Además, Hotelling (2007) argumenta que la inducción electiva aumenta la necesidad de analgesia, la anestesia epidural, la reanimación neonatal, aumenta la tasa de cesáreas y puede aumentar la proporción de partos

instrumentales, fiebre intraparto, distocia de hombros, bajo peso al nacer y el ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatal. Está catalogada como droga de alto riesgo debido a sus efectos secundarios (mayor frecuencia de taquisistolía, hipertonía de útero, rotura de útero, sufrimiento fetal, hemorragia postparto, partos instrumentales o cesáreas) y aumenta la necesidad de intervencionismo médico por lo que su administración debería estar limitada a partos dirigidos y en ocasiones estrictamente necesarias.

Autores como Barbosa Davim, de Vasconcelos Torres y Saldanha de Melo (2007) hacen referencia a la falta de intimidad y enuncian que factores, en los que claramente influye el profesional de salud, como la relajación, la confianza, recibir informaciones correctas, el apoyo de familiares y el hecho de sentirse activa en un ambiente cómodo pueden reducir la percepción dolorosa.

Para argumentar acerca de la posición de litotomía en el parto Lugones y Ramírez(2012) refieren que a lo largo de la historia las mujeres han parido en vertical o en cuclillas (utilizando a su favor la gravedad) hasta la aparición de la obstetricia y con ella la comodidad del médico, pasando de la movilidad y la verticalidad a la pasividad y la horizontalidad. Además, estos autores afirman que si la mujer puede decidir la posición aumenta su confianza como mujer y madre, se siente más competente y participe en el proceso dando lugar al empoderamiento que las mujeres necesitan durante el proceso de parto. La OMS no recomienda la horizontalidad en el parto ni en el expulsivo.

Basándose en la evidencia científica acerca de la episiotomía autores como Landy et al., (2011) y Dedavid y Zamberlan (2018) revelan que con las episiotomías el riesgo de desgarros de tipo más grave es mayor y desaconseja su práctica rutinaria.

En cuanto a las cesáreas cabe destacar las escandalosas cifras de las clínicas privadas que señala Armendáriz (2013) ya que al ser un procedimiento más caro que el parto vaginal las aseguradoras cobrarán más y a veces incluso estas se programan porque la madre o el profesional quieren una fecha determinada o por el miedo al parto vaginal, siendo el desconocimiento fruto de esta decisión.

Justificación

Como profesionales de la salud y en concreto en la práctica obstétrica, es deseable que la atención sanitaria se fundamente en el respeto a la mujer y al proceso de embarazo, parto y puerperio y esta no sería posible sin un análisis adecuado del género en salud y del concepto y las razones que se encuentran detrás de la violencia obstétrica. Este análisis debe ser cualitativo ya que estas mujeres tienen voz y vivencias dentro del problema.

La intervención desde la sanidad es de enorme importancia ya que existe una necesidad de visibilización tanto de las víctimas como entre los profesionales sanitarios siendo imprescindible conocer en qué consiste y sus mecanismos de perpetuación.

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la violencia obstétrica desde el género, salud, biopoder y marco legal

Objetivos específicos:

- Analizar la violencia obstétrica a partir de las vivencias de las mujeres
- Analizar la violencia obstétrica a partir de las acciones, omisiones y experiencias de los profesionales y su grado de conocimiento sobre esta
- Determinar la prevalencia de la violencia obstétrica en diferentes países y concretamente en España

- Analizar la violencia obstétrica como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres

2. Material y métodos

Para llevar a cabo esta revisión narrativa se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos, seleccionadas por su relevancia a nivel científico y concretamente en el mundo de la salud: Cinahl, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Scielo, Medline, Psyqueinfo y Cochrane library. La estrategia de búsqueda fue adaptada a cada una de ellas utilizando lenguaje libre y cuando ha sido posible se han utilizado tesauros (MeSH y DeSH).

Además de en las bases de datos consultadas que se mencionan anteriormente la búsqueda para elaborar la introducción se ha llevado a cabo consultando en google académico y diferentes páginas web para conseguir datos específicos: definiciones de la OMS, legislación de Venezuela, Código Penal, Conferencia del Cairo. Además, se ha llevado a cabo una búsqueda de los artículos que se han considerado más relevantes en las bibliografías de los estudios ya seleccionados.

Los términos utilizados en todas las bases de mediante los operadores booleanos <AND> y <OR> han sido “violencia obstétrica”, “enfermería”, “parto humanizado” tanto en español como en inglés.

La búsqueda se ha limitado a artículos publicados en los últimos 10 años, lenguaje escrito en inglés y español, a texto completo y solo en humanos. Una vez obtenidos los resultados se ha hecho una lectura preliminar para descartar aquellos que no se ajustaron a los criterios de inclusión y exclusión

En Scielo se limitó la temática a Ciencias de la Salud dentro de la cual se seleccionó enfermería y políticas y servicios de salud. En Cinahl se seleccionó “exclusión de los registros de Medline” para asegurar que no hubiera documentos ya seleccionados en Pubmed.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión: se seleccionan los artículos que trataban sobre la violencia obstétrica o humanización en el parto, a nivel sanitario, a nivel sociológico, en el campo de la enfermería u otro tipo de profesionales de la salud, a nivel cualitativo donde se pusiera voz a la experiencia de las mujeres, donde se analizara a través de una visión de género y en el contexto español y latinoamericano.
- Criterios de exclusión: se descartaron artículos de los que no se disponía de acceso libre, literatura gris, en otro idioma diferente al español o al inglés, publicados hace más de diez años, que no están en relación con el tema elegido o no aportar información relevante

En la tabla 1 se muestran las búsquedas realizadas en las bases de datos a través de las estrategias descritas anteriormente, el número total de resultados obtenidos y el número de artículos que fueron finalmente seleccionados.

En primer lugar, se llevó a cabo una lectura preliminar de la totalidad de artículos obtenidos mediante la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos para seleccionar aquellos que se encontraban dentro de los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, de los artículos definitivos seleccionados para la presente revisión, se realizó una lectura en profundidad para analizar los conceptos que aparecen de manera más repetida y relevante y desglosar aquellos que se someterán a análisis en esta revisión.

Tras llevar a cabo la estrategia de búsqueda y realizar el primer cribado de acuerdo a los criterios expuestos anteriormente se seleccionan un total de 25 artículos de los cuales 6 pertenecen a Cinahl, 3 a Cuiden, 2 a Pubmed, 1 a Medline, 4 a Scielo y 9 s a Dialnet.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Límites	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Cinhal	“violencia obstétrica”	Humanos. Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	34	5
	“parto” AND “enfermería”	Humanos. Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	22	0
	“parto humanizado”	Humanos. Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	8	1
Cuiden	“violencia obstétrica”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	34	2
	“Parto humanizado” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	60	1
Base de datos	Estrategia de búsqueda	Límites	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Pubmed	“violencia obstétrica” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	14	2
Psyqueinfo	“violencia obstétrica” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	9	0
Medline	“violencia obstétrica” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	4	1
Scielo	“violencia obstétrica” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	23	4
Cochrane library	“violencia obstétrica” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	4	0
Dialnet	“violencia obstétrica” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	34	9
	“parto humanizado” AND “enfermería”	Año: 10 últimos años. Idioma: inglés y español. Texto completo	60	0

Fuente: elaboración propia.

3. Resultados

Los 25 artículos seleccionados para esta revisión 9 de ellos se corresponden con estudios descriptivos exploratorios cualitativos, 13 ensayos, 2 revisiones bibliográficas y 1 estudio trasversal con estrategia cualitativa y cuantitativa. De ellos 9 están en inglés y 16 en español. En el anexo I se realiza un análisis del contenido de los artículos seleccionados.

Todos ellos abordan el concepto de violencia obstétrica como violencia hacia la mujer explicando su aparición desde el punto de vista histórico, sanitario o legislativo y desde una perspectiva de género. En los estudios cualitativos se pone voz a las mujeres, devolviéndolas el protagonismo al ser las víctimas del problema, y se analiza la situación desde su perspectiva. También es interesante el análisis que se hace en este tipo de estudios del grado de intervencionismo, implicación y conocimiento del problema por parte de los sanitarios.

Basándose en los objetivos específicos enunciados anteriormente que justifican esta revisión se han agrupado los resultados obtenidos en las siguientes unidades de análisis: la violencia obstétrica a partir de las vivencias de las mujeres, violencia obstétrica a partir de la perspectiva y conocimiento de los profesionales, violencia obstétrica como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres y prevalencia de la violencia obstétrica en el marco actual

3.1 La violencia obstétrica a partir de las vivencias de las mujeres

Existen diferentes estudios que inciden en la perspectiva de las mujeres en la problemática descrita, ya sea para darles voz, protagonismo y facilitar su empoderamiento o para definir el grado de impacto emocional mientras se ejerce la violencia contra ellas y el que se manifiesta posteriormente. Es tan importante conocer y enmarcar las causas del problema como las consecuencias que este provoca en las víctimas.

En el artículo *“Obstetrical violence unde rthe look of users”* los autores rescatan los testimonios de las mujeres ya que consideran que al ser una violencia institucional y simbólica la manera de combatirla es mediante la visibilización y divulgación de los derechos de las mujeres y las prácticas nocivas en el parto. En el estudio de 2016 se entrevista a 8 mujeres en sala de maternidad de referencia en João Pessoa que refieren haber recibido un trato violento, deshumanizado, no haber accedido al derecho de un acompañante, en vez de ser una experiencia positiva se convierte en una negativa que como mecanismo de defensa quieren olvidar y contribuye a que tengan problemas sexuales o para cuidar al bebé (Vieira da Silva et al., 2016). Los autores destacan la episiotomía como intervencionismo más común en el parto sin respaldo científico ya que aumenta el riesgo de infección.

Para erradicar el problema los autores proponen la Humanización del parto y los cuidados, proporcionar una educación a los profesionales para que traten a las mujeres con respeto, primen sus decisiones y las doten con el conocimiento necesario, utilizando estas premisas como principales principios en todas las instituciones sanitarias. Con la intención de promocionar los cuidados neonatales humanizados se crea el *“Program of Integral Attention to Women'sHealth”* (PAISM).

En el artículo *“The right to Access and accompanying of labor and childbirth: womens point of view”* se entrevistan 28 mujeres en Brasil en el año 2017 y se esclarece como característica principal de la violencia obstétrica la anulación de la ley de acompañamiento y omisión institucional de los derechos de las mujeres (Mitrano et al., 2017).

El apoyo institucional y conocimiento legislativo de la mujer es necesario para abogar por la garantía de los derechos que las amparan. Las mujeres refieren haberse sentido obligadas a intervenciones debido al poder del médico, falta de humanización, de cuidados a la salud de la mujer causando un sentimiento en ellas de falta de apoyo y

desamparo institucional. Esta situación genera sentimientos negativos que hace que el parto y postparto sea vivido como momentos de constante inseguridad manifestados mediante soledad, tristeza, abandono, ira y odio, en la mayoría de las veces, ocultando la sensación de placer y empoderamiento que debería surgir e incluso causando problemas directamente en el cuidado a su bebé debido al trauma que ocurrió en ese período, como el incumplimiento del apego.

En el artículo “*Women's perception on obstetric violence*” se entrevistan 20 mujeres de una maternidad pública en Brasil en el año 2017 y se muestra que prácticamente todas evidencian desinformación sobre sus derechos de parturientas emergiendo así dos formas principales de violencia: agresión verbal (trato grosero, las amenazas, los gritos, la humillación y el abuso verbal, obligarlas a callar y a no manifestar su dolor) y negligencia en los cuidados “*I found it very shocking because to me I was so bewildered in the maternity for an hour without understanding how I was crying and so nobody came to help me*”(Ribeiro et al, 2017).

No solo propone la erradicación de la violencia mediante la humanización sino que abarca la imperiosa necesidad de la atención de enfermería durante el parto y puerperio para garantizar los cuidados adecuados.

En México se realizó un estudio con 512 mujeres en el puerperio inmediato que reportaron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud (11%) siendo un 40% enfermeras, un 30% médicas y un 40% médicos. Un 19% refirió maltrato verbal, un 8% maltrato físico y un 29% abuso total poniéndose específicamente de manifiesto la excesiva realización de tactos vaginales sin consentimiento (Valdez-Santiago et al., 2013).

En el estudio realizado entre 2008 y 2016 en España mediante encuestas a distribuidas a 282 mujeres se pone de manifiesto que un 56,4% de la muestra sufrió VO durante el parto cuyos indicadores más frecuentes fueron la participación alumnado en prácticas sin el consentimiento de la mujer con un 28,7% y el cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario con un 21,6% (Rodríguez y Aguilera, 2017).

Otro estudio, en el que se entrevista a 35 puérperas en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de NatalBrasil, que tuvieron parto vaginal en 2017 las mujeres testifican como no se les permitía gritar, pasaron momentos de intimidación, se sintieron incómodas por la posición de parto de litotomía llegando incluso a ser

presionadas ante su desconocimiento por los posibles daños al niño (Carvalho & De Brito, 2017)

Al obligarlas a guardar silencio no se les permite manifestar su dolor (se asume que el parto es fisiológicamente doloroso y tienen que aguantar) pero tampoco sus dudas y miedos imposibilitando ejercer unos cuidados apropiados. Las mujeres refieren como máxima expresión de la represión que sufren cuando no se les permite expresar libremente su singularidad en un momento de incomodidad, sobre todo en el dolor del parto.

A partir de una revisión bibliográfica los autores Fajardo, Oneto y Parrado (2016) describen además otras consecuencias para las mujeres: síntomas de estrés postraumático tras el parto (TEPT), toda una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, *flashbacks*, pesadillas e irritabilidad, pudiendo afectar seriamente a estas y sus familias. Fernández (2015) explica como abogada que esta violencia solo llega a los tribunales cuando provoca lesiones físicas muy graves sin valorar la herida emocional

Olza (2014) enuncia que en las embarazadas el impacto traumático provoca el desarrollo de un TEPT completo tras el parto en el 2-6% de las mujeres y que el 35% presenta algún grado de TEPT siendo a menudo el resultado de acciones u omisiones de los profesionales.

3.2 La violencia obstétrica a partir de la perspectiva y conocimiento de los profesionales

Los estudios centrados en los profesionales para analizar la violencia obstétrica explican que es importante conocer el grado de conocimiento de estos sobre el problema, ya que al ser una violencia institucional y simbólica el sistema ha conseguido que sea tremendamente difícil de percibir o incluso catalogar como violencia, y el grado en que consideran que es ejercida por ellos mismos u otros profesionales. Al igual que es importante concienciar a las víctimas del problema que existe es necesario hacer pedagogía con los profesionales para que no reproduzcan los roles que favorecen esta violencia.

El artículo “*Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective*” muestra la ambigüedad de las experiencias de las madres acerca del cuidado humanizado de enfermería durante el parto. Estas destacan la

asistencia basada en un modelo biomédico, que supone un mecanismo de facilitación para la violencia obstétrica (Silva et al, 2016).

Se pone de manifiesto la comunicación terapéutica como base de la práctica enfermera para establecer una relación con el objetivo principal de satisfacer las necesidades de las mujeres y proporcionar un servicio diferenciado en el proceso de nacimiento para promover su independencia. El diálogo entre el personal de enfermería y la madre es esencial, deben aprender a escucharlas y valorar sus necesidades (sociales, psicológicas y emocionales). Ninguna tecnología puede reemplazar la relación y la comprensión intersubjetiva entre los seres humanos, es decir, permanecer constantemente presentes, hablar, escuchar sus miedos, ansiedades. El cambio de este escenario comienza principalmente por la educación continua. Es necesario que los profesionales de la salud tengan la percepción de que las mujeres son legítimamente las protagonistas de su nacimiento y, para tener esto en cuenta, reconsideren cómo cuidarlo.

Tras realizar sus estudios, diferentes autores como Fajardo, Oneto y Parrado (2016) y Ribeiro de Oliveira et al. (2017) enuncian la comunicación como herramienta imprescindible contra la VO. Además autores como Olza (2014) y Fajardo, Oneto y Parrado (2016) enuncian posibles causas por las que el personal sanitario ejerce esta violencia: falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout.

En el artículo *“Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals”* se realizó una entrevista a 20 profesionales de la salud en 2017 en Brasil para evaluar sus saberes, prácticas y percepción de la VO (da Costa Cardoso et al. 2017). Un 40% solo escucharon acerca de la materia, un 30% nunca tuvieron contacto y un 20% solo tienen acercamiento al tema mediante lecturas realizadas. Los autores definen varios motivos para existencia de ese problema como mala estructuración de las instituciones de salud, carga horaria excesiva y falta de comunicación entre el profesional y el paciente.

En el artículo *“Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals”* fueron realizadas 36 entrevistas con mujeres parturientas, diez enfermeros obstetras y 14 médicos obstetras en diferentes maternidades de Brasil tras las cuales se enuncia la VO observada y silenciada en la narrativa de las enfermeras, el

cierto consentimiento por parte de las mujeres al olvidar sus derechos y exigir calidad asistencial durante el parto y la negación de este fenómeno por parte de los profesionales médico-obstetras (Junqueira & de Mattos, 2017).

Camaraco (2009) incide en la importancia de la humanización explicando que la relación cercana y familiar que la partera establece con las mujeres genera una confianza que hace que se reduzca la ansiedad de la mujer a diferencia de la que se provoca con la atención bio-médica institucionalizada.

3.3 Prevalencia de la violencia obstétrica en el marco actual

Según Al Adibet al. (2017) en España la tasa de intervencionismo y medicalización del parto está muy por encima de los datos que la OMS establece. En la revisión bibliográfica realizada por estos autores enuncian la disparidad de cifras respecto al intervencionismo en el parto en las diferentes Comunidades Autónomas que lejos de apoyarse en una distinta base fisiológica de las mujeres dependiendo de la región donde vivan refleja una distinta política sanitaria entre Comunidades Autónomas que no parece justificarse con unos mejores resultados en mortalidad perinatal o neonatal o en otros aspectos. De la misma manera son destacables las altas cifras en la sanidad privada respecto a la pública y la desproporción de cifras en los distintos países de Europa.

Recio (2015) enuncia que se practican cesáreas en un 25,3% de las mujeres a pesar de que la OMS establece como indicador un 10-15%. En cuanto a las episiotomías el estándar de calidad propuesto por el Ministerio de Sanidad refleja una tasa inferior al 15% mientras que, según este autor, en España es de 43% (en Valencia un 58% en la sanidad pública y 72% en la privada, en Murcia un 34% y en Galicia un 66%). La OMS recomienda una tasa del 10% en la inducción al parto, cifra que se dobla en la Comunidad Valenciana.

Recio (2015) refiere que en 2012 se plasma un informe que compara distintos indicadores de atención al parto en 2010 en hospitales públicos (porcentaje de partos inducidos, partos vaginales en los que se ha mantenido la posición de litotomía durante todo el expulsivo, realización de maniobra de Kristeller, episiotomías en partos eutócicos, partos instrumentales, cesáreas etc.) con el Estándar recomendado por el Ministerio de Sanidad y todos superan las recomendaciones. Este autor destaca que

sólo un 15,5% de los hospitales incluyen en sus protocolos todas las recomendaciones del Ministerio.

García (2017) se refiere al contexto español como inmovilista y desprotegido ya que no existe una ley específica que proteja a las mujeres contra la VO sino una interpretación de la legislación generalista, que no siempre considera la VO como violencia de género. Esta autora explica que existen asociaciones españolas que reivindican una legislación específica y llevan a cabo una labor tanto informativa como formativa para usuarias y profesionales. Entre ellas destacan: El Parto es Nuestro, Dona Llum, Plataforma Pro Derechos de Nacimiento y Asociación Nacer en Casa.

García (2017) aboga por la práctica de los partos en casa ya que tan seguros como los hospitalarios siempre que haya un profesional cualificado, sea de bajo riesgo y el domicilio esté a media hora del centro, exponiendo que sólo el 4 % de los partos en casa terminan en cesárea y sólo el 1 % necesita de fórceps o ventosas, por debajo del intervencionismo en España en medios hospitalarios

3.4 Violencia obstétrica como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres

Para explicar los diferentes mecanismos de control en el contexto de la VO diversos autores como Camaraco (2009) y Junqueira y de Mattos (2017) citan a Foucault como fuente. Para Foucault las instituciones como las escuelas y los hospitales se han convertido en lugares privilegiados para diseminar medidas higiénicas y disciplinarias en una forma normativa y para crear dóciles y sumisos cuerpos garantizando así una modalidad de poder y dominación.

Arguedas (2014) explica que Foucault defiende que el conocimiento es una herramienta de poder y define los saberes subyugados como el conjunto de conocimientos que han sido considerados inadecuados localizados en la base de la jerarquía del saber. Son los saberes de la persona enferma y en este caso concretamente los de la mujer embarazada cuyos conocimientos sobre sus cuerpos, sensaciones o percepciones quedan descalificados en favor del poder del conocimiento médico científico. Diferentes autores como Arguedas (2014) y Sadler et al. (2016) explican que las tesis foucaultianas

definen a la mujer embarazada como un cuerpo anormal que es preciso vigilar con minuciosidad a conocerlo en detalle, de ahí que haya acabado como persona discapacitada o enferma, y para poder someterlo a un disciplinamiento que permita su control y normalización.

Bellón (2015) enuncia la peligrosidad del concepto socialmente establecido de neutralidad y objetividad implícito en la práctica científica ya que, en realidad, está altamente condicionada por aspectos de género, económicos e ideológicos de los profesionales y solo consigue reforzar su posesión de discurso legitimado e impunidad. Los análisis históricos de la medicina muestran que está impregnada de visiones androcéntricas de la salud humana.

En el ensayo de Camaraco(2016) realizado a través de las voces de las mujeres de Venezuela se refuerza la rigidez académica y miedo a perder el espacio hegemónico de los médicos ante su oposición a un cambio en la forma de concebir el servicio de obstetricia y manera atender a las mujeres. Magnose (2018) habla de un modelo actual de “medicina defensiva” donde lo que prima es la prevención ante un reclamo del paciente, en vez de considerar a este como eje principal, lo que lleva a un alto grado de tecnificación y medicalización en las intervenciones médicas.

Arguedas (2014) explica que Foucault defiende que poder obstétrico, ejercido en base al ideal occidental y patriarcal de la maternidad que enlaza la dominación con aquello que se define o construye como femenino, es la forma de poder enmarcada en el ámbito de la capacidad reproductiva de la mujer y cuya utilidad se resume en la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de embarazos, partos y cuidados de los bebés. Autores como Castro y Erviti (2014) y Bellón (2015) argumentan que los hospitales están pensados bajo una lógica medico administrativa basada en garantizar la funcionalidad y productividad por lo que las mujeres son tratadas como obreros destinados a producir bebés con el objetivo de mantener la continuidad de la sociedad y la fuerza de trabajo, lo que algunos autores como Castrillo (2016) y Magnose (2018) enuncian como mercantilización del nacimiento.

Cohen (2015) compara la alienación de los obreros en las sociedades capitalistas con la situación de una mujer parturienta que no sabe que se la está ejerciendo violencia y está siendo tratada como mano de obra, deshumanizándola y despojándola de su condición de sujeto particular por el de objeto.

Bellón (2015) defiende que a partir este marco ideológico se crea una mística maternal y ética del sacrificio que presupone que las mujeres deben soportar el dolor para poder ser catalogadas como buenas madres. Según Arguedas (2014) si no lo hacen recibirán un castigo (verbal de los profesionales de salud o simbólico de no ser catalogadas como tal) como gesto característico de lo que Foucault define como sociedad disciplinaria.

Cohen (2015) defiende que la máxima expresión del control de la sexualidad en la VO es el sentimiento de violación que experimentan y testifican las madres. La autora explica que la violación recuerda a las mujeres su condición inherente en el patriarcado, ser objetos que poseer en vez de sujetos con los que interaccionar. A través del análisis de la fenomenología de la violación la autora puntualiza que las víctimas de estas experimentan el mismo trauma que las que sufren VO, miedo; impotencia; vergüenza; pérdida legitimidad y validación; culpa; traición y pérdida de confianza; aislamiento y alienación; un sentido disminuido de uno mismo; dolor, enojo y rabia.

Cohen (2015) explica además que en las sociedades patriarcales y sexistas, los hombres son mucho más capaces de utilizar sus propios cuerpos de manera integral, para relacionarse, como una herramienta capaz y enérgica para la autoexpresión y la realización de actividades mientras que las mujeres están mucho más alejadas de sus cuerpos y los perciben como esencialmente débiles, incapaces y constantemente requiriendo soporte y protección ya que siempre son vulnerables de ser atacados o penetrados. Esta concepción consigue mantener a las mujeres en el lugar subordinado que pertenecen. La mujer de parto que representa, lejos de la imagen de delicadeza y feminidad, un cuerpo fuerte, activo, con capacidad ilimitada necesita ser dominada para que se mantenga en el lugar subordinado al que pertenece en el sistema patriarcal.

4. Discusión

La totalidad de los estudios descriptivos cualitativos incluidos en esta revisión que entrevistan y dan voz a las mujeres parecen estar de acuerdo con la disconformidad de estas en la atención recibida por los profesionales durante el parto. Diferentes autores (Valdez-Santiago et al., 2013; Vieira et al., 2016; Carvalho y De Brito, 2017; Mitrano et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017) exponen los relatos de las mujeres para mostrar la violencia psicológica e incluso física, como la episiotomía o la maniobra Kristeller, que han sufrido y evidencian como el cien por cien de las que expresan haberse sentido violentadas refieren haber sufrido violencia verbal u omisión de sus deseos.

Autores como Olza (2014), Fajardo, Oneto y Parrado (2016), Vieira et al. (2016) y Mitrano et al. (2017) enuncian además las consecuencias posteriores que sufren las mujeres tras la VO (*flashbacks*, ira, frustración, problemas sexuales, estrés postraumático tras el parto etc.) reivindicando que no es un hecho puntual en un

momento de la atención sanitaria sino que afecta globalmente la salud de la mujer y por tanto repercutirá en la del recién nacido.

Cabe destacar el estudio realizado por Carvalho y De Brito (2017) donde las mujeres expresan que la mayor represión sufrida no fue mediante agresiones verbales o físicas ya citadas anteriormente sino a través del silencio que sentían obligadas a guardar sin poder expresar su singularidad durante el dolor del parto.

Según los autores de los estudios mencionados anteriormente dan voz a las víctimas como herramienta de visibilización y empoderamiento de las mujeres y para entender y legitimar su discurso. Autores como Vieira et al., (2016) y Mitrano et al. (2017) defienden que el hecho de que sea una violencia institucional y simbólica permite que sea difícil de percibir incluso por parte de las propias usuarias.

Ante los diferentes ejes explicados anteriormente que perpetúan esta violencia los autores de estos estudios Vieira et al. (2016) y Mitrano et al. (2017) exponen como herramienta para las mujeres el conocimiento de sus derechos como pacientes incluyendo el marco legal que las ampara, y sobre todo, reclaman un apoyo institucional y legislativo (en los países en los que todavía no existen leyes específicas) en el que sostener la denuncia de lproblema. Así el conocimiento puede entenderse como una herramienta de poder y de autodefensa de las mujeres.

En cuanto a la percepción de la violencia obstétrica por parte de los profesionales, diversos autores como da Costa et al. (2017) y Junqueira de Mattos(2017) revelan que un porcentaje significativo de profesionales niegan esta violencia o desconocen su mecanismo de acción suponiendo una inevitable perpetuación del problema. Según autores como Silva et al. 2016 y Ribeiro et al. (2017) la pedagogía con los profesionales es imprescindible, no solo para que no ejerzan esta violencia sino para que denuncien estas prácticas.

Diversos autores (Camaraco, 2009; Silva et al., 2016; Fajardo, Oneto y Parrado, 2016; Ribeiro et al. ,2017) proponen la Humanización de los cuidados no solo como herramienta de trabajo en el día a día de los profesionales sino como manera de subvertir este problema, haciendo énfasis en la importancia de la comunicación terapéutica. Además, Ribeiro et al. (2017) demandan pedagogía con los todos profesionales sanitarios para la humanización de los cuidados y de manera concreta en

los profesionales de enfermería ya que considera su labor imprescindible en el parto y puerperio.

Como posibles causas por las que el personal sanitario ejerce esta violencia o simplemente no está a la altura de los cuidados humanizados que han de brindar Fajardo, Oneto y Parrado (2016) y Olza (2014) exponen la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout mientras que da Costa et al. (2017) abogan por la mala estructuración de las instituciones de salud, carga horaria excesiva y falta de comunicación entre el profesional y el paciente.

Existe conciliación entre diferentes autores (Al Adibet al. ,2017;Recio, 2015; García, 2017) en cuanto a la prevalencia de la violencia obstétrica en España exponiendo una tasa intervencionismo durante el parto por encima de las cifras de la OMS y del Ministerio de Sanidad.

Para explicar el control ejercido por la medicina sobre los cuerpos de las mujeres diversos autores (Camaraco, 2009; Arguedas, 2014; Sadler et al., 2016; Junqueira y de Mattos, 2017) utilizan la teoría foucaultiana del biopoder, el castigo y el disciplinamiento hospitalario e incluso Arguedas (2014) hace referencia al término “poder obstétrico” definido por Foucault para explicar este fenómeno.

Diferentes autores (Castro y Erviti, 2014; Bellón, 2015; Cohen, 2015 Castrillo, 2016; Magnose, 2018;) coinciden en que la mujer es tratada como mano de obra destinada a producir bebés y asegurar la continuidad de la sociedad como argumento para exponer el control de la sexualidad de las mujeres. Cohen (2015) defiende como la máxima expresión de este control el sentimiento de violación que experimentan las madres que sufren violencia obstétrica.

5. Conclusiones

Tras la revisión de la literatura acerca de la violencia obstétrica y basándonos en los objetivos específicos planteados anteriormente se han obtenido las siguientes conclusiones:

- La violencia obstétrica es un tipo de violencia difícil de identificar, y por tanto erradicar, debido a su carácter simbólico e institucional y a las jerarquías de poder en cuanto a la relación médico-paciente y al género. Este fenómeno hace que sea difícil de percibir incluso por parte de las propias usuarias. Se entiende por tanto la importancia de saber discernir entre la gravedad y racionalidad que una marca física da pie para catalogar una violencia y la subjetividad y falta de perspectiva única para catalogar la violencia psicológica. Esta última será siempre cuestionada y tratada bajo infinita sospecha avocando a la víctima a un incesante cuestionamiento personal.

- Como herramienta para combatirla se plantean distintos ejes, por un lado la visibilización de los relatos de las mujeres y su empoderamiento mediante el conocimiento de sus derechos y una base legal e institucional en la que poder apoyarse y por otro lado la pedagogía con los profesionales para que sean capaces de reconocer y señalar esta violencia y la humanización de la atención sanitaria. Las bases de la humanización deberían estar en todos cuidados que ejerzan los profesionales de la salud como principio básico e indispensable para interaccionar y cuidar a una persona tratándola con respeto y conservando su dignidad. El paciente deja su cuerpo y su salud en nuestras manos y debemos hacer que se sienta seguro con su decisión.
- La existencia de esta violencia queda reflejada en las altas tasas de intervencionismo en comparación con lo que establece la OMS en los diferentes países de Europa, incluyendo a España, y en especial en América Latina.
- A través del análisis desde una perspectiva de género que aportan los diferentes ensayos estudiados se puede concluir que las mujeres no son solo víctimas de violencia sino de los valores de la sociedad capitalista y patriarcal en sí misma.

Es importante destacar que la gran mayoría de artículos seleccionados que dan voz a las mujeres y los profesionales están escritos en América Latina (México, Brasil, Venezuela, Argentina) donde el ámbito sociocultural y la atención sanitaria son muy distintos al contexto occidental Europeo. En cada país existe una determinada legislación y protocolos de atención sanitaria que están regidos por el contexto sociopolítico determinante existiendo evidentes diferencias cualitativas y cuantitativas entre América y Europa. De esta manera no es posible generalizar o extrapolar los datos obtenidos en América Latina a España puesto que no revela la realidad cultural específica española.

Las elevadas cifras (comparadas con los estándares de buena práctica y la OMS) de las prácticas realizadas por los profesionales que se muestran a lo largo de la revisión revelan información cuantitativa (datos objetivos y generalizados que sustentan una evidencia científica) que justifica la existencia de esta violencia. Sin embargo, los artículos que componen esta revisión recogen datos cualitativos que no se justifican con evidencia y por tanto no aportan la objetividad y metodología necesaria para generar conclusiones certeras y apoyadas por la comunidad científica para inferir y generalizar los resultados.

Por tanto, no existen datos concluyentes para generalizar los datos y extrapolarlos al escenario español mediante el análisis de artículos cualitativos en un contexto, en su mayoría, latinoamericano.

Finalmente es importante reflexionar acerca de por qué existe una gran cantidad de bibliografía y estudios realizados en América Latina a diferencia de los pocos que existen en el contexto español. En América Latina precisamente al representar un modelo obstétrico cargado de una violencia tan explícita (insultos, vejaciones, inmovilizaciones etc.) como narran las mujeres es más sencillo catalogar esta violencia como tal, visibilizarla e intentar desarticular las herramientas de normalización y simbolismo que utiliza el sistema para perpetuar esta violencia. Sin embargo, el contexto español representaría una violencia considerablemente menos explícita y asentada en el simbolismo y la normalización y, por tanto, difícilmente identificable. Este hecho es un ejemplo más de la peligrosidad de aquella violencia que pasa desapercibida, es parte de lo cotidiano y por lo tanto aceptada siendo, a pequeña escala, el *modus operandi* del sistema patriarcal de legitimar su discurso hegemónico y permanecer profundamente arraigado en la mente humana.

6. Agradecimientos:

La presente revisión ha sido tutorizada por Carmen Sellán Soto a quien me gustaría agradecer su trabajo y ayuda durante los últimos meses gracias a la cual ha sido posible la realización de este trabajo.

Además, quiero agradecer a la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Puerta de Hierro donde he desarrollado las prácticas clínicas los últimos cuatro meses por despertar curiosidad, pasión y ganas de aprender acerca de este campo y concretamente a los profesionales de la unidad por responder a todas las dudas que me han ido surgiendo.

7. Referencias bibliográficas:

- ACNUDH | Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. (1993). Retrieved from <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx> [Accessed 3 Feb. 2018].
- Al Adib, M., Ibanez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Costa Rica*, 34(1). Retrieved from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104. [Accessed 3 Feb. 2018].
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), p.145. Retrieved from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104. [Accessed 3 Feb. 2018].

- Arias, M. (2007). La ética y humanización del cuidado de enfermería. *Bogotá: Tribunal Nacional Ético De Enfermería*. Retrieved from http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65. [Accessed 7 Feb. 2018].
- Armendáriz, I. (2013). Las escandalosas cifras de cesáreas en la sanidad privada: ¿un modelo de sanidad enfocado al negocio? [Blog]. Retrieved from <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/05/13/las-escandalosas-cifras-de-cesareas-en-la-sanidad-privada-un-modelo-de-sanidad-enfocado-al-negocio> [Accessed 13 Feb. 2018].
- Barbosa, F., Junqueira, S., Mota e Silva, L., & Fernandez, E. (2011). Prácticas para estimular el parto normal. *Index De Enfermería*, 20(3), p.169-173. Retrieved from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007 [Accessed 11 Feb. 2018].
- Barbosa, R., de Vasconcelos, G., & Saldanha, E. (2007). Estrategias no farmacológicas en el alivio de dolor durante el trabajo de parto. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15(6). Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_14.pdf. [Accessed 11 Feb. 2018].
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y viopolítica. *Dilemata*, [online] 18, pp.93-111. Available at: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379> [Accessed 16 Feb. 2018].
- Boeltín Oficial del Estado. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. (2001).
- Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, 18(40), pp.185-192. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855544>. [Accessed 16 Feb. 2018].
- Camaraco, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas de una praxis obstétrica. 14(32), pp.147-162. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4137419>. [Accessed 16 Feb. 2018].
- Camaraco, M. (2016). La atención respetada del parto/nacimiento será una política pública en ciernes..inconclusa..oa quimera..?. 21(47), pp.140-161. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855511>. [Accessed 16 Feb. 2018].
- Carvalho, I., & De Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica vivenciadas por púérperas que tuvieron parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71-79. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481> [Accessed 16 Feb. 2018].
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), pp.43-

68. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872016000300043&script=sci_abstract&tlng=es. [Accessed 16 Feb. 2018].

Castro, R. and Erviti, J. (2014). 25 años de violencia obstétrica en México. *Conamed*, 19(1), pp.37-42. Retrieved from <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24>. [Accessed 3 Feb. 2018].

Chalmers, B., Mangiaterra, V. and Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, [online] 28(3), pp.202-207. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/6ded/87ab9a31d92f517fddb15e72a8171932e6fb.pdf>. [Accessed 3 Feb. 2018].

Cohen, S. (2015). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), pp.231-247. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>. [Accessed 3 Feb. 2018].

Constitución de la OMS. (1946) (45th ed.). Retrieved from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Accessed 3 Feb. 2018].

Corral, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica* 11 (1): 47-5, [online] 11(1), pp.47-56. Available at: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07.pdf> [Accessed 2 Mar. 2018].

da Costa, F., Marques, A., Morais, M., Sampaio, T., & Milanez, F. (2017). Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals, 11(9), 3346-53. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704>. [Accessed 3 Mar. 2018].

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. (1993). Retrieved from http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la Violencia_contra_la_mujer.pdf. [Accessed 3 Mar. 2018].

Dedavid, B., & Zamberlan, C. (2018). Prevention of perineal lacerations and episiotomy: evidence for clinical practice. *Journal Of Nursing*, 12(2). Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230478>. [Accessed 3 Mar. 2018].

Fajardo, C. (2013). Historia de las matronas desde sus orígenes hasta nuestros días. [ebook] Available at: http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_historia_matronas.pdf [Accessed 3 Mar. 2018].

Fajardo, B., Oneto, L., & Parrado, M. (2016). Influencia de las habilidades sociales y la comunicación interpersonal del profesional sanitario en la violencia obstétrica. Retrieved from <http://www.index-f.com/para/n25/038.php>. [Accessed 22 Feb. 2018].

- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128. Retrieved from <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Galdós, S. (2013). La conferencia del Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Simposio*, 30(3), 455-60. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/9ef3/43325f01bc3b96026b3bf94c2b753e68c0cf.pdf>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- García, E. (2014). La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España. Retrieved from http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/151385/TFM_2014_garciaE.pdf;jsessionid=B7F0560F04FA12FC4FF83EADF83EE67D?sequence=1. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Giberti, E., Estrada, Á., Thomas, F., Dueñas, G., & Hilmeda, M. (1992). *Rehaciendosaberes*, 9-25.
- Hotelling, B. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *Journal Of Perinatal Education*, 16(2), 38-43. <http://dx.doi.org/10.1624/105812407x197744>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Informe mundial sobre la violencia y la salud. (2002) . Washington DC. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf [Accessed 2 Feb. 2018].
- Junqueira, V., & de Mattos, C. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals, 26(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. [Accessed 2 Feb. 2018].
- Kitzinger, S. (2006). Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics. *British Journal Of Midwifery*, 14(9), 544-545. <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2006.14.9.21799>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Landy, H., Laughon, S., Bailit, J., Kominiarek, M., Gonzalez-Quintero, V., & Ramirez, M. et al. (2011). Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 117(3), 627-635. <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e31820afaf2>. [Accessed 21 Feb. 2018].
- Ley nacional 25.929 derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. (2004). [ebook] Available at: <http://www.cnm.gob.ar/legNac/LEY%2025929.pdf>. [Accessed 2 Mar. 2018].
- Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia G. O. (38668 de 23 /4/2007). (2007) (p. 8). Venezuela.
- Lugones Botell, M., & Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana De Ginecología Y Obstetricia*, 38(1), 134-145.

Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015. [Accessed 2 Mar. 2018].

- Magnose, N. (2018). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización. Retrieved from http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf. [Accessed 2 Mar. 2018].
- Margarita, E. (2017). Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, (22), 87-106. doi: 10.6035/dossiers.2017.22.6. [Accessed 2 Mar. 2018].
- Matute, J. (2006). Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Medicina Naturalista*, (10), 533-537. Retrieved from <http://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/Partoconflictointereses.pdf>. [Accessed 2 Feb. 2018].
- Mitrano, A., Herdy, V., Pereira, D., Riker, M., Bertilla, M., de Paula, E., & Soanno, G. (2017). 'The right to Access and accompanying of labor and childbirth: women's point of view, 11(7). <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201705> [Accessed 22 Feb. 2018].
- Obstetricia. (2018). Dle.rae.es. Retrieved from <http://dle.rae.es/?id=Qpbnjnu>. [Accessed 2 Feb. 2018].
- Odent, M. (2009). *El bebé es un mamífero* (4th ed.). OB STARE.
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. 111, pp.79-83. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Quevedo, P. (2018). *Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género* (Licenciatura). Universidad Nacional de Cuyo.
- Recio, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, 18, 13-26. Retrieved from <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/369>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Reveiz, L., Gaitán, H., & Cuervo, L. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000330.pub3>. [Accessed 12 Mar. 2018].
- Ribeiro, T., Oliveira, R., Lima, N., Feitosa, J., & Mendes, M. (2017). Women's perception on obstetric violence, 11(1). Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11876/14329>. [Accessed 22 Feb. 2018].
- Rodríguez, P. and Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de tenerife. *Mussas*, 2(2), pp.56-74. Retrieved from

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079452>. [Accessed 22 Feb. 2018].

Rodriguez, L. (2018). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de las naciones unidas.

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. and Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), pp.47-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27578338>

SCPE and EUROCAT. (2010). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010* [Ebook]. Retrieved from http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf [Accessed 1 Feb. 2018].

Silva, Ú., Fernandes, B., Louzada, M., das Dores, M., & Almeida, D. (2016). Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective, 10(4), 1273-9. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201614>. [Accessed 22 Feb. 2018].

UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre la bioética y los Derechos Humanos* [Ebook] (p. 6). Retrieved from <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/599/146180S.pdf> [Accessed 15 Feb. 2018].

Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., & Arenas-Monreal, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*, 18(1), 14-20. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199>. [Accessed 2 Mar. 2018].

Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Barcelona [etc.]: Ediciones B.

Vieira, R., Tavares, K., Chaves, L., da Silva, V., Cunha, A., & Araújo, R. (2016). Obstetrical violence under the look of users, 10(12). <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201606>. [Accessed 2 Mar. 2018]

Anexo I: Análisis de los artículos seleccionados.

Artículo	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife	<i>Laura Aguilera Ávila, Paulo Adrián Rodríguez Ramos</i>	Estudio observacional descriptivo.	Encuesta distribuida a 282 mujeres en Tenerife	Analizar si las mujeres que paren en los hospitales de la Isla de Tenerife sufren alguna forma de violencia obstétrica y cómo viven esa experiencia.	Un 56,4% de la muestra sufrió VO durante el parto, siendo los indicadores más frecuentes la participación de alumnado en prácticas sin el consentimiento de la mujer y el cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario.
La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer	<i>Miriam Al Adib Mendi, Mariano Casado Blanco, María Ibáñez Bernáldez, Pedro Santos Redondo</i>	Revisión bibliográfica	- Costa Rica	Análisis de violencia obstétrica como violencia simbólica contra la mujer y violación de los derechos humanos definiendo la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de estos	A pesar de los logros conseguidos desde diferentes iniciativas legislativas, políticas o en práctica clínica (guías, protocolos) las desigualdades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.
Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective	<i>Daniela Aparecida Almeida Duque, Maria das Dores Souza, Betânia Maria Fernandes, Maione Silva Louzada Paes, Úrsula Silva</i>	Estudio cualitativo exploratorio-descriptivo,	12 mujeres mediante un guión semi-estructurado. Brasil	Conocer las experiencias de las madres sobre los cuidados de enfermería durante el parto en relación a la humanización.	Se demostró la necesidad de reformular los cuidados de enfermería para las mujeres en parto a favor de acciones para reducir las intervenciones innecesarias y devolver a la mujer su papel
Nueva evidencia a un	<i>Luz María Arenas-Monreal, Elisa Hidalgo-Solórzano, Mariana Mojarro-Iñiguez, Rosario Valdez-Santiago</i>	Estudio trasversal,	512 mujeres en el posparto	Análisis de la percepción de VO (tipo, por quien	11% refirieron haberse sentido maltratadas por

viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto		trabajo de campo, con estrategia cuantitativa y cualitativa	inmediato en 2 hospitales del estado de Morelos, México	fue realizado, como se manifestó la violencia) de las mujeres tras el parto	alguien del personal de salud. Quien ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reporto maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reporto abuso total
La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense	<i>Gabriela Arguedas Ramírez</i>	Ensayo	Costa Rica	Teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir del caso de Costa Rica proponiendo el concepto de poder obstétrico.	Enunciar la posibilidad de identificar una particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal donde la violencia obstétrica surge como forma de control.
Artículo	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica	<i>Silvia Bellón Sánchez</i>	Ensayo	Granada	Ofrecer un marco teórico para entender la complejidad de la violencia obstétrica, desde los aportes hechos por la crítica biopolítica y feminista	A partir de los conceptos de “género”, “biopoder” y “conocimiento autorizado” salen a la luz las tensiones que las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica en el parto generan en la obstetricia consiguiendo impactar negativamente en las mujeres y bebés.
Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals	<i>Francisco BrazMilanez Oliveira, Ana Carla Marques da Cost, Ferdinand José da Costa Cardoso, MayronMorais Almeida, ThiagoSampaio dos Santos</i>	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo	Entrevista a 20 profesionales de la salud Brasil	Evaluar el saber que existe en las prácticas sobre violencia obstétrica en la percepción de los profesionales de la salud	La mayoría de los profesionales no conocía el problema de la violencia. Tras analizar los discursos se sugiere que la solución

					del problema está en la humanización de la asistencia
La atención respetada del parto/nacimiento será una política pública en ciernes..inconclusa..o una quimera?	<i>Marbella Camacaro Cuevas</i>	Ensayo	Venezuela	Analisis de la discusión sobre la inclusión en la agenda pública de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres enmarcados dentro de la violencia obstétrica	Existe una imperante necesidad de que en la agenda pública se encuentre el diseño de políticas para asegurar salud sexual y reproductiva desde otro paradigma con estrategias/ programas/acciones que no permitan una atención medicalizada rescatando el proceso natural de la reproducción femenina y un trato digno hacia las mujeres y sus hijos
La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	<i>Marbella Camacaro Cuevas</i>	Estudio observacional descriptivo.	- Venezuela	Desvelar en el imaginario colectivo de obstetras las subjetividades vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	Los obstetras consideran que las mujeres no son sujetas de derechos humanos, sino objetos de trabajo donde realizan las maniobras obstétricas. Existe intolerancia a cualquier situación que los/as someta a una evaluación de su práctica profesional.
Artículo	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas	<i>Marbella Camaraco Cuevas</i>	Ensayo a través de estudio	18 obstetras, 8 residentes a	Aproximación a la violencia obstétrica a	Debido a la patologización del proceso parir/nacer la

de la praxis obstétrica		descriptivo, exploratorio, cualitativo	través de entrevistas enfocadas en un hospital de Caracas, Venezuela.	través de la experiencia de los propios responsables, los obstetras, mediante entrevistas enfocadas asumiendo la teoría feminista y de género para el análisis	atención obstétrica reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, haciéndolas depender del intervencionismo médico para afrontar no solo su vida reproductivo y sexual sino también psíquica y cotidiana.
Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica	<i>Belén Castrillo</i>	Ensayo	Argentina	Definir la VO mediante la aplicación de un modelo de análisis socioantropológico y un cruce entre definiciones objetivas (legales, políticas y académicas) y subjetivas (a raíz de un documento producido por asociaciones de la sociedad civil)	Definición de la VO a través de violencia como hecho objetivo nominado por un marco normativo, como hecho subjetivo a partir de una significación y como hecho constitutivo de la sociedad, constructivo, estructurante.
25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México	<i>Roberto Castro, Joaquina Erviti</i>	Ensayo	- México	Análisis del desconocimiento de la naturaleza de la VO. Ha sido erróneamente conceptualizada como un problema de la calidad de atención, explicando el fracaso de las campañas de mejora de calidad y prevención	El objeto de estudio debe construirse desde un enfoque de género, bajo conceptos sociológicos de ámbito profesional y campo médico con perspectiva de derechos humanos. Concluye con una perspectiva para comprender y erradicar mejor el problema

Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence	<i>Jette A Clausen , Patricia Gillen, Mário JDS Santos, Gonzalo Leiva Rojas, Dolores Ruiz-Berdún, Michelle Sadler, Elena Skoko</i>	Ensayo	-	Análisis de las excesivas intervenciones médicas y abuso en las prácticas irrespetuosas hacia las mujeres durante el parto en todo el mundo	Las tasas excesivas de intervenciones médicas y falta de respeto hacia la mujer en el parto deben ser analizados como consecuencia de una violencia estructural y bajo el concepto de violencia obstétrica. El activismo y documentos legales en América Latina podría ser útil para abordar la atención a la maternidad
--	--	--------	---	---	--

Artículo	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Obstetrical violence under the look of users	<i>AlissonCleitonCunhaMonteiro, Rafaela de Melo AraújoMoura, Viña-Del-Mar da Silva Martins, Layza de Souza Chaves Deininger ,Kerle Dayana Tavares de Lucena, RaissaLins Vieira da Silva</i>	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo	8 mujeres entrevistadas en sala de maternidad de referencia en João Pessoa/PB Brasil	Investigar el conocimiento de las mujeres acerca de la violencia obstétrica	Se necesita una mayor divulgación de la violencia obstétrica, para hacer conscientes a las madres de sus derechos sexuales y reproductivos y hacerlas activas en las decisiones sobre sus cuerpos.
Making Loud Bodies ‘Feminine’:A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence	<i>Sara Cohen Shabot</i>	Ensayo	-	Análisis filosófico de la violencia obstétrica desde una perspectiva feminista.	Es una violencia de género: realizada contra las mujeres por el hecho de serlo. Objetivación y apoderamiento del cuerpo femenino como violación en el nacimiento. Domesticación del cuerpo femenino como máquina de trabajo.

Women's perception on obstetric violence	<i>RoxannyEnolyLara Oliveira Lira Costa, Nadiana Lima Monte, JuscéliaMaria de MouraFeitosa Veras, MariaÍrisMendes da Rocha Sá, Tayse Ribeiro de Oliveira</i>	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo	20 mujeres de una maternidad pública en Brasil mediante entrevistas	Caracterizar la violencia obstétrica vivenciada por las mujeres durante el proceso de parto	La violencia fue caracterizada de diversas formas, desde la negligencia en la asistencia (negativa de derechos y de informaciones de diagnóstico) hasta agresiones verbales durante el parto
Influencia de las habilidades sociales y la comunicación interpersonal del profesional sanitario en la violencia de género	<i>Beatriz Fajardo Hervás, María Beatriz Parrado Soto, Laura del Pilar Oneto Fernández,</i>	Monográfico de investigación en salud. Revisión bibliográfica	- España	Identificar que habilidades sociales y estrategias de comunicación debe desarrollar el personal sanitario para conseguir una comunicación efectiva y terminar con la violencia obstétrica.	Violencia obstétrica por falta de formación y de habilidades técnicas el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout. Es necesario formar al personal sanitario para erradicar la violencia obstétrica y realizar más estudios sobre habilidades sociales y comunicación en este campo.
Artículo	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos	<i>Francisca Fernández Guillén</i>	Ensayo	- España	Análisis de la violencia obstétrica como violencia hacia la mujer desde una perspectiva jurídica y legal	La VO surge porque la jurisdicción y la fiscalía excluyen a las mujeres embarazadas de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las acciones de la medicina sosteniendo implícitamente el argumento de que el médico protege a sus hijos.
Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina	<i>Eva Margarita García</i>	Ensayo	- Madrid	Análisis y consecuencias, desde la teoría feminista de la patologización y medicalización del cuerpo de las mujeres posibilitando la violencia obstétrica.	La dominación del embarazo y el parto por parte de la medicina constituye el caldo de cultivo para el activismo de formar e informar a las mujeres para empoderarlas y que sean las protagonistas de sus partos

The right to acces and accompanying of labor: womens point of view	ValdecyrHerdy Alves , AngelaMitranoPerazzini de Sá, Enimar de Paulo , Diego Pereira Rodrigues, MariaRikerBertillaLutterbach Branco, Giovanna Rosario SoannoMarchiori	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo	28 mujeres con entrevista semiestructurada Brasil	Demostrar mediante el testimonio de diferentes mujeres la evidencia de la falta de derechos como el acceso a la salud o la ley de acompañamiento que caracterizan la violencia obstétrica	El apoyo institucional a la mujer es indispensable y debe basarse en la garantía del ejercicio legal de los derechos que la amparan
Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals	VirgíniaJunqueira Oliveira, CláudiaMaria de Mattos Penna	Investigación cualitativa, del tipo interpretativo	36 entrevistas con parturientas,10 enfermeros y 14 obstetras en siete maternidades de Brasil	Analizar las entrevistas a mujeres y profesionales de salud acerca de la asistencia al parto, teniendo en cuenta sus vivencias e interacciones entre ellos durante el trabajo de parto y parto.	La enfermera reconoce la presencia la VO y la dificultad de garantizar los derechos de la parturienta. Los médicos niegan la VO y la definen como casos aislados. Las parturientas experimentan VO como algo inherente al parto, sin embargo hay cierto consentimiento ya que estas olvidan e n el momento del parto la forma de asistencia recibida
Artículo	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización	Natalia Magnone Alemán	Ensayo	- Montevideo	Problematiza los modos actuales de concebir y atender el Parto y el Nacimiento. Utiliza una perspectiva de género para analizar los procesos históricos que han hecho que el parto se conciba como patológico.	Plantea una mirada alternativa: la Humanización del Parto y el Nacimiento y analiza los tres sectores poblacionales(políticas públicas, equipos de salud y mujeres que han parido recientemente) se adhieren a esta perspectiva
Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto.	IboneOlza Fernández	Ensayo	-	Análisis de la concepción de las mujeres de parto traumático desde	Conceptualización de violencia obstétrica y razones que pueden llevar a los

Aproximación al concepto de violencia obstétrica				las acciones u omisiones del personal sanitario.	profesionales a ejercerla (falta de formación y de habilidades técnicas para abordar aspectos emocionales y sexuales, trauma no resuelto o síndrome de burnout.
Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal	<i>Isaiane da-Silva-Carvalho, Rosineide Santana-Brito</i>	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo	35 puérperas, en dos maternidades públicas en Brasil que tuvieron parto vaginal, con niño vivo	Identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal.	Los informes de las madres representan las formas de violencia obstétrica de las que eran víctimas, que se caracteriza por las palabras o silencios y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron.
La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema	<i>Adela Recio Alcaide</i>	Ensayo	- España	Cuestionar el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones médicas en torno al parto	Describe y analiza la variabilidad de la atención perinatal existente en España, que demuestra que el resultado de un parto depende mucho más de factores como la zona geográfica o de si el centro hospitalario es público o privado, que del propio proceso de parto de la mujer.

Fuente: elaboración propia